

## Fallbeispiel: Verdacht auf Covid-19-Symptome:


Der Patient sucht z.B. mit Halsschmerzen die Praxis auf, der Arzt nimmt einen Abstrich vor und gibt diesen an ein Labor mit dem Muster 10C weiter.

Abrechnung in der Arztpraxis:

- Arzt liest die Gesundheitskarte ein und nimmt den Abstrich vor
- abgerechnet wird nach EBM auf einem ambulanten Schein über die Versicherten-, Grund oder Notfallpauschale (Abstrich ist Bestandteil der Pauschalen), Kennziffer 88240 (für extrabudgetäre Vergütung)
- Kennziffer 32006 (Laborausnahmekennnummer → keine Belastung des Laborbudgets)
- Praxis stellt das Formular Muster 10C aus zur Beauftragung eines Vertragsärztlichen Labors (das Formular Muster 10C kann über die Fa. Kohlhammer Verlag bezogen werden)
- angekreuzt wird „Diagnostische Abklärung (GOP 32816)“ und geht mit dem Abstrich an das Labor

Abrechnung Labor:

- Labor erhält den Abstrich und das Muster 10C und rechnet nach der GOP 32816 ab (zusätzlich kann die GOP 40100 Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung abgerechnet werden)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name  Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><i>Eintrag nur bei Weiterüberweisung!</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers</td> <td>Arzt-Nr. des Erstveranlassers</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name  Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<i>Eintrag nur bei Weiterüberweisung!</i>			Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers		Arzt-Nr. des Erstveranlassers	<p><b>Auftrag für SARS-CoV-2 Testung</b> &gt;&gt;&gt;&gt;&gt; <i>Muster nicht kopieren!</i> &lt;&lt;&lt;&lt;&lt;&lt;</p> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p><b>Auftragsnummer des Labors</b> Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!</p> </div> <p>Abnahmedatum      Abnahmezeit</p>	<p><b>10CBF</b></p>  <p>Quartal _____ Geschlecht <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ersttestung    <input type="checkbox"/> weitere Testung</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																				
Name  Vorname des Versicherten		geb. am																		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																		
<i>Eintrag nur bei Weiterüberweisung!</i>																				
Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers		Arzt-Nr. des Erstveranlassers																		
<p><input type="checkbox"/> <b>Testung nach Meldung „erhöhtes Risiko“ durch Corona-Warn-App</b> (GOP 32811)      <input checked="" type="checkbox"/> <b>Diagnostische Abklärung</b> (GOP 32816)</p>																				
<p><b>Besondere Risikomerkmale einer Weiterverbreitung</b> (sofern zutreffend, bitte ankreuzen)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Betreut/untergebracht in:</td> <td><input type="checkbox"/> Medizinischen Einrichtungen <small>ambulant/stationär (z.B. Rettungsdienste, Rehaeinrichtungen)</small></td> <td><input type="checkbox"/> Pflege- und anderen Wohneinrichtungen <small>(z.B. Justizvollzugsanstalten, andere Massenunterkünfte)</small></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tätigkeit in Einrichtung:</td> <td><input type="checkbox"/> Gemeinschaftseinrichtungen <small>(z.B. Kitas, Schulen)</small></td> <td><input type="checkbox"/> Sonstigen Einrichtungen <small>(z.B. nicht medizinische Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, ambulante Dienste der Eingliederungshilfe)</small></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Betreut/untergebracht in:	<input type="checkbox"/> Medizinischen Einrichtungen <small>ambulant/stationär (z.B. Rettungsdienste, Rehaeinrichtungen)</small>	<input type="checkbox"/> Pflege- und anderen Wohneinrichtungen <small>(z.B. Justizvollzugsanstalten, andere Massenunterkünfte)</small>	<input type="checkbox"/> Tätigkeit in Einrichtung:	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftseinrichtungen <small>(z.B. Kitas, Schulen)</small>	<input type="checkbox"/> Sonstigen Einrichtungen <small>(z.B. nicht medizinische Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, ambulante Dienste der Eingliederungshilfe)</small>												
<input type="checkbox"/> Betreut/untergebracht in:	<input type="checkbox"/> Medizinischen Einrichtungen <small>ambulant/stationär (z.B. Rettungsdienste, Rehaeinrichtungen)</small>	<input type="checkbox"/> Pflege- und anderen Wohneinrichtungen <small>(z.B. Justizvollzugsanstalten, andere Massenunterkünfte)</small>																		
<input type="checkbox"/> Tätigkeit in Einrichtung:	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftseinrichtungen <small>(z.B. Kitas, Schulen)</small>	<input type="checkbox"/> Sonstigen Einrichtungen <small>(z.B. nicht medizinische Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, ambulante Dienste der Eingliederungshilfe)</small>																		
<p><input type="checkbox"/> Das Einverständnis des Versicherten zum Übermitteln des Testergebnisses für Zwecke der Corona-Warn-App auf den vom RKI betriebenen Server wurde erteilt. Dem Versicherten wurden Hinweise zum Datenschutz ausgehändigt.</p> <p><b>Daten für das Gesundheitsamt/RKI - Übermittlung gemäß Infektionsschutzgesetz</b> Telefonnummer des Versicherten _____</p>																				
<p><small>Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. Muster 10Ca/E (6.2020)</small></p>		<p>Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt</p>																		